

論文

患者運動と政策の関係

—ハンセン病，結核の比較を通して—

川崎 愛

I. はじめに

日本が医療システムの制度化を行ったのは近代国家形成が始まった明治初期にさかのぼる。1873（明治6）年に内務省が設置され，ハンセン病，結核について1904（明治37）年に「結核予防に関する件」（「肺結核予防令」），1907（明治40）年には「癩予防ニ関スル件」が相次いで成立した。どちらも慢性疾患で長期の療養を必要とするが，国，地方自治体あらゆるレベルで強制隔離が徹底・実施されたハンセン病と必ずしも隔離をされなかった結核は，死因になるかならないかという点においても対照的である。

とはいえ，結核患者の生存権を争点とした「人間裁判」と称される朝日訴訟はハンセン病療養所入所者の自治会活動やその全国組織の運動の展開に多大な影響を与えた。

本稿ではハンセン病と結核について比較分析を行う。具体的には，明治期から現在までの医療制度・政策を概観し，患者運動と制度，社会に与えた影響についての相互作用を分析する。

II. ハンセン病政策と患者運動

1. 予防法の成立から第二次世界大戦まで

1900（明治33）年12月の内務省調査によれば，ハンセン病患者は3万359人と報告されている。1907（明治40）年3月11日，放浪患者・資力のない患者を対象とする法律第十一号「癩予防ニ関スル件」が成立した。この法律は二年後の1909（明治42）年4月1日より施行され，全国を五区に分け，第一区・全生病院（東京・定員350名），第二区・北部保養院（青森・定員100名），第三区・外島保養院（大阪・定員300名），第四区療養所（1910年に大島療養所と改称，香川・定員170名），第五区・九州癩療養所（1911年に九州療養所と改称，熊本・定員180名）の五療養所が開設された。この五療養所の定員

の合計は1100名、当時のハンセン病患者総数の3.7%である。療養所は国立ではなく地方の連合府県立で、軍拡を進める国は財政負担を道府県に押しつけた（藤野 2001; 45-51）。

1920（大正9）年9月、保健衛生調査会総会¹⁾で次のような「根本的癩予防策要項」が決定した。

- 一、府県立・療養所の増設、拡張。
- 一、浮浪癩・逃走癩のある患者等のため国立療養所の設立。
- 一、国家又は公共団体による有資格者のための自由療養区の設置。
- 一、行政官庁は患者、保護者への伝染防止に関する必要事項を命じうる。
- 一、行政官庁の行いいうる行為
 - イ、患者への病毒伝播のおそれのある職業への従事禁止。ロ、汚染された、もしくはその疑いのある物件の売買、授受の制限、禁止。その物件の消毒、廃棄をなさしめ、もしくは廃棄をなす。
- 一、従業禁止、もしくは療養所入所による生活不能者への国費、公費の生活費補助。
- 一、患者の請求があれば療養所医長は生殖中絶方法を施行しうる。

この総会の場で、10年間で一万名の患者を隔離するという方針も決定した（藤野 2001; 82-83）。1931（昭和6）年2月、浜口内閣は第五十九回帝国議会上に法律「癩予防ニ関スル件」の大幅な改正案を提出、可決のうえ名称を「癩予防法」とあらため同年8月1日より施行した。目的は全患者の隔離収容である。

このような動きに抗議して、いくつかの療養所に自衛組織としての患者自治会が結成されていった。最初の自治組織は九州療養所（現在の菊池恵楓園）の患者自治会で1925（大正15）年に結成し、日本で最初の患者自治組織といわれる。1927（昭和2）年に大阪の外島保養院（現在の邑久光明園）、1931（昭和6）年に香川の大島療養所に自治会が結成された。1932（昭和7）年、外島保養院には「日本プロレタリアらい者解放同盟準備会」がつくられた。これは準備会で終わったが、国是としての富国強兵・健民健兵政策下で、患者にとって頼るものは患者自身の団結しかなかった（日本患者同盟四十年史編集委員会編 1991; 9-11）。

最初の国立ハンセン病療養所、長島愛生園（岡山県長島）は1930（昭和5）年11月に開園し、翌年3月から全国を対象とした患者の隔離収容が始まった。ハンセン病療養所は「刑法」にもとづかず、「癩予防法」により、所長に患者に対する懲戒検束権が与えられていた。愛生園は開園当初から定員オーバーの状況が続き、患者の医療・生活条件は悪化していったため、懲戒権は有効に機能した。ハンセン病療養所では職員不足を補うため患者作業という名目で入所者が低賃金で働かされていた。1936（昭和11）年、長島愛生園で患者作業のボイコットが発生する。「長島事件」として知られているが、警官27名が出動し入所者はハンガーストライキに突入、二週間の後、園側は自治会を「自

助会」として認め、患者側も作業ストライキを中止した。事件の直接の原因は園側の患者作業の不正摘発であったが、遠因となったのは定員超過への不満であった。1935（昭和10）年で定員890名に対して1163名が収容されていた。内務省の治療費や食費の予算は定員分しか用意されていないから当然、患者の医療・生活条件は悪化した。長島事件は療養所の定員を無視して行われた隔離の強化の結果である（藤野 2001; 192-193）。

全国で二番目の国立ハンセン病療養所として1932（昭和7）年12月、群馬県草津町に栗生楽泉園が開設した。楽泉園は草津温泉の湯乃沢地区のいわゆる「癪村」の人々を収容するためにつくられた。1938（昭和13）年に楽泉園に「特別病室」という名の監房が造られ、全国の療養所で当局が問題視した患者が送られ監禁された。1947（昭和22）年に廃止されるまでに22名の患者が餓死、凍死、衰弱死、自殺に追い込まれている。

1940（昭和15）年には「国民優生法」「国民体力法」が成立し、国民の生命・健康・体力の国家管理が進められた。1941年以降、精神病院やハンセン病療養所における死亡率は急激に上昇する（藤野 2001; 446）。

「癪予防法」公布により「無らい県運動」が進展した。地域性を問わず対象者を収容可能にするため、1941（昭和16）年7月1日、公立療養所はすべて国立に移管された。これにより国立ハンセン病療養所は、それまでの長島愛生園、栗生楽泉園、星塚敬愛園、東北新生園に加えて、松丘保養園、多磨全生園、邑久光明園、大島青松園、菊池恵楓園、宮古南静園、国頭愛楽園の11園となった。奄美和光園（1943年設立）、駿河療養所（1944年設立）、私立療養所3カ所を加えた1945（昭和20）年の16園の定員は9025人で、入所者は9840人である（全国ハンセン氏病患者協議会編 1977; 246）。

1945（昭和20）年12月、「衆議院議員選挙法」が改正され、二十歳以上の男女に選挙権が認められた。しかし、公私の扶助を受ける者、一定の住居を持たない者は排除されていた。排除規定が撤回されたのは1947（昭和22）年5月のことである。このとき、ハンセン病療養所入所者の多くは初めて参政権を手にした。同年8月、群馬県で参議院議員の補欠選挙の投票が行われた。その選挙運動で共産党の遊説隊が栗生楽泉園に入り、患者労働の実態や「特別病室」の存在を目にした。入所者と共産党の懇談会で職員の不正や「特別病室」の問題が入所者から次々に訴えられ、8月15日には患者大会が開かれた。これを契機に共産党の支援のもと「特別病室」廃止などを求める療養所当局に対する人権闘争が開始した（藤野 2001; 455-461）。

2. 特効薬の登場と治療方法の確立

近世以来、治療薬として大風子油が使用されていたが、効果は一時的に症状が軽快するだけだった。1941（昭和16）年、アメリカでハンセン病に効果を発揮するプロミンが開発され、二年後にその効果が認められた。プロミンは結核の治療薬として作られたが結核には効果がなく、ハンセン病の特効薬となった。1947（昭和22）年以降、日本でも

プロミンのハンセン病に対する画期的な効果が発表され、「不治の病」ではなく「完治する病」となった。しかし、プロミンは患者の需要を満たすほど十分には用意されていなかった。

戦後、患者の自治活動が復活した多磨全生園では1948（昭和23）年10月28日、自治会が中心となりプロミン獲得促進委員会が結成され、連合国軍最高司令官総司令部（GHQ/SCAP）・大蔵省・経済安定対策本部・厚生省、それに国会議員らにプロミン獲得の嘆願書を提出した。しかし、厚生省が大蔵省に要求した1949（昭和24）年度予算のプロミン治療費6000万円が六分の一の1000万に削減されたため、1949年2月、患者5人がハNSTに入るなど全生園内は騒然とした。患者代表は共産党代議士の伊藤憲一により第三次吉田茂内閣の大蔵大臣池田勇人に直接陳情もした。3月、患者側の要求は通り、プロミン治療費5000万円が認められた。薬価が下げられたので事実上、6000万円の要求額と同じことになった。こうして1949（昭和24）年からプロミン治療は本格化し、ハンセン病の完治が現実のものとなった。一方で、隔離政策は強化された。1953（昭和28）年3月には廃止された「特別病室」の代わるものとして熊本の菊池恵楓園内に「菊池医療刑務支所」として「癩刑務所」が開設された。同時期に厚生省が第十五回国会に提出した法案は、患者とその家族に対する差別を禁止しつつ、患者を診察した医師の届け出を義務付け、強制収容や三十日以内の謹慎を含む懲戒の規定を明記し、患者の外出を療養所長の許可制にしたものの、退園規定はないという内容であった。全癩患協（現在の全国ハンセン病療養所入所者協議会）傘下の各療養所の自治会では、抗議行動を起こし、患者作業のストライキやハンガーストライキなどの闘いを展開していた。第十六回国会の衆議院で「らい予防法」法案が可決されると、陳情団は厚生省前で座り込みを開始した。7月31日には多磨全生園から350人の入所者が国会へ向けてデモ行進を始め、警官隊ともみあうに至った。参議院厚生委員会では7月6日から8月1日まで審議し、原案通り可決、8月6日参議院本会議でも可決、法案は成立した²⁾。藤野は戦後、基本的人権の尊重をうたった日本国憲法が施行され、プロミンが登場したなかで隔離が強化されたことについて、人権意識とプロミンを武器に患者が隔離に応じなくなったり、療養所当局に反抗的になったりすることを想定していたと考えている（藤野 2001; 494-506）。

栗生楽泉園の「特別病室」問題の追及、プロミン獲得運動を通して各療養所の自治会運動は復活・新生した。1951（昭和26）年1月11日には全国国立癩療養所患者協議会（全癩患協）が結成され、日本国憲法、ハンセン病治療の時代に沿う「癩予防法改正」運動に取り組んだ。全癩患協が求める法案は「予防管理と療養管理と、さらに患者及び家族の社会保障の三者を総合する社会法」であり「『癩』という何千年来の迷信的な恐怖と嫌悪の通年のまつわった名称」に変えて「ハンゼン氏病」という呼称を採用すること、強制収容や患者懲戒検束規定を撤廃すること、患者の社会復帰に備えた職業補導機関を療養所内に設置することを盛り込んでいた。こうした全癩患協の改正案を反映するのが

左派社会党代議士長谷川保の「ハンセン氏病法案」であったが、社会党は講和問題で分裂し、左右両派を足しても111議席で、過半数の234議席には遠く及ばなかった。これに対し自由党は240議席を獲得、長谷川の法案がたとえ議会に上程されても成立する可能性は低かった（藤野 2001: 500-501）。

ハンセン病の患者数と対1万人の有病率の推移は以下の通り。1887（明治30）年患者数23660人、有病率5.5、1890（明治33）年患者数、30359人、有病率6.7と最も高い。大正時代、戦中は有病率は2を超えていたが、1950（昭和25）年患者数13805人、有病率は1.65となった。1974（昭和49）年には患者数10429人、有病率は0.95と1を下回った。入所者数が最も多かったのは「らい予防法」成立後の1955（昭和33）年で定員13861人に対して12148人が入所していた（全国ハンセン氏病患者協議会編 1977: 191, 246）。

3. 「らい予防法」廃止

1996（平成8）年3月31日をもって90年に及んだ「らい予防法」は廃止された。第一次橋本龍太郎内閣の時、自由民主党・日本社会党・新党さきがけによるいわゆる自・社・さ連立政権のもと、厚生大臣はさきがけ所属の菅直人であった。厚生省はエイズ被害訴訟をめぐる世論の批判の渦中にあり、厚生省の責任の徹底解明の姿勢を示す旨と、これに難色を示す厚生官僚との間には大きな溝が生じていた。同年3月25日、衆議院厚生委員会で「らい予防法の廃止に関する法律案」の説明に立った菅は隔離政策のみならず、「かつて感染防止の観点から優生手術を受けた患者の方々が多くなる身体的・精神的苦痛を受けたこと」についても謝罪した。菅は衆議院法務委員会でも1907（明治40）年以降ではなく1953（昭和28）年以降という限界はあるものの、「らい予防法」の誤りと厚生行政の人権意識の欠落を認め、法に反対した全療協の運動の正しさを高く評価する発言をした（藤野 2001: 663-672）。

附帯決議は後から追加され、①患者給与金を将来にわたり継続し、その他の医療、福祉等処遇も確保、②社会復帰と社会生活への支援策の充実、③通院・在宅医療のための医療体制の整備、④一般市民に対して、また学校教育のなかで正しい知識の普及啓発に努め、差別や偏見の解消に一層努力する、などの四件であった。廃止に関する法律および附帯決議とも、具体的な水準について明示していない分、今後の予算折衝にあたり、強力な論拠となるはずのものであった。全療協は次のような声明を出した。「（戦後）改正された予防法においても強制隔離の基本理念は踏襲され、人間の尊厳を踏みにじられたまま今日に至り」「『法の存在は国家の恥』とまで言われた差別法の廃止は四十五年のながきに亘り、組織の総力を結集して闘い取った成果であり、五千八百会員の喜びとするところであります。同時に明治以来、無念の思いを残し、この世を去った二万二千六百余人の先輩各位の霊に対し謹んで悲願達成を報告し、あらためてご冥福をお祈りする次第であります」。

一方で予防法廃止の際、国と全療協は立場の違いが明確になった。法廃止に到る動きのなかで厚生省側の反省とお詫びは、廃止が遅れたとする範囲においてであり「らい予防法」制定の1953（昭和28）年および「癩予防ニ関スル件」の施行された1909（明治42）年までは到底及ばず、遅れたとする時期より以前の強制隔離と撲滅政策については関知しない、ということであった。法を廃止するには理由がなければならず、廃止に当たっては、廃止せざるを得ない法律を制定、存続させてきたことへの責任が伴い、被害に対する部分的なお詫びではなく、あらゆる責任とその責任の所在をはっきりさせたうえでの「反省」「謝罪」が何より大切であった。あいまいさのない謝罪こそが偏見差別への啓発であり、療養所の医療と処遇の継続、充実が政府の責任と反省と謝罪に付随する問題であった（全国ハンセン病療養所入所者協議会編 2001; 114-128）。

国家賠償請求訴訟は、1998年に九州弁護士連合会に島比呂志（星塚敬愛園入所者）が手紙で「人権に最も深い関係を持つはずの法曹界が（らい予防法に）何ら見解も示せず、傍観の姿勢を続けている」と、その責任を厳しく問うたことに始まる（全国ハンセン病療養所入所者協議会編 2001; 131-168）。約90年に及ぶハンセン病政策を問う国家賠償請求訴訟が熊本地裁に提訴された。その後、東京、岡山地裁でも提訴が相次いだ。訴訟の最大の争点は「予防法による強制隔離で入所者の人権が侵害されたか」にあるが、原告は「国は戦前の早い時期からハンセン病の感染力が極めて弱く、強制隔離や断種中絶手術が不要であることを熟知していた」と指摘。そのうえで「基本的人権の尊重をうたう新憲法施行後にらい予防法を制定（1953年）したのは違憲」と主張した。国は20年たつと、賠償請求権が消滅する民法の規定を基に「1978年以前は賠償責任はない。また、78年の相当前から隔離政策から実質的な解放政策に転換し、具体的な人権侵害はなかった」と反論した。

2001年5月11日、熊本地裁で国や国会議員の立法不作為についての責任を認める画期的な判決が下された（川上 2002; 81-82）。判決で杉山正士裁判長は、今日に至るまでのハンセン病に対する差別と偏見の原点は、戦前の政府による「らい根絶策」の策定と「無らい県運動」の推進にあるとしたうえで、遅くとも1960年には、強制隔離政策とその根拠となった「らい予防法」は、日本国憲法に違反することが明白となったとして、厚生大臣の責任を断罪し、更に遅くとも1965年には「らい予防法」を廃止しなかった国会の「立法不作為」は違法となったとして、二重の意味で国の国家賠償責任を認めた。その後、控訴阻止のため原告団、弁護士団と全療協は全面的な協力体制を組み、5月23日小泉首相への直訴が実現して、控訴断念を勝ち取ることができた。西日本訴訟弁護団の徳田靖之は、国がこれ程までに完敗した訴訟について、控訴断念に追い込まれて判決を確定させたのは日本の裁判史上に残る快挙とし、その要因を三点あげている。第一は、原告団と全療協、多くの支援者による首相官邸包囲をはじめとする直接行動が世論の大きな支持を得て、小泉首相や政府を追いつめた。第二は、判決後の5月21日になさ

れた900名を超える一括追加提訴である。第三は、超党派の「ハンセン病問題の最終解決を目指す国会議員の会」をはじめ、多くの国民が原告の行動を圧倒的に支持したということである（全国ハンセン病療養所入所者協議会編 2001; 131-168）。

2008年6月、隔離政策による被害の回復を基本理念とする「ハンセン病問題基本法」（ハンセン病問題の解決の促進に関する法律）が制定され、翌2009年4月に施行された。全療協が同法制定運動を進めるにあたり強調したのは、入所者の在園保障を確実にすることである。厚生労働省は「最後の1人まで」在園を保障すると述べたが、その方法は明確にされていない（森川 2012; 15-21）。

4. 現在

菊池恵楓園入所者自治会機関誌『菊池野』2015年7月号によると2015年5月1日現在の国立ハンセン病療養所入所者数は1718名、うち男性は831名、女性は887名で、平均年齢は83.9歳となっている。入所者が最も多いのは菊池恵楓園の286名で、長島愛生園225名、多磨全生園213名と続く。東北新生園、栗生楽泉園の平均年齢は85.1歳で療養所のなかで最も高い。

2015年5月9日から10日にかけて開催された第11回ハンセン病市民学会総会・交流集会in東京・駿河の全体テーマは「バトンをつなごう～当事者運動と市民のかかわり～」であった³⁾。前年の第10回市民学会総会の前夜に全療協会長の神美知宏、国賠訴訟を率いた苜雄二（全原協会長）が学会二日目の早朝に逝去された。神は亡くなる直前まで厚生労働省と入所者の生活を守るための交渉を続け、2014年8月15日に現・森和男全療協会長によって調印された。その主要な論点は①療養所職員の定員を削減しないこと、②平成30年度までに介護員・看護師数を入所者一人に対して1.5倍程度に拡充する、というものであった。当事者運動の巨星二人を失い、バトンは市民に向けられている。

全療協の第76回臨時支部長会議は「宣言文」の末尾をこう結んでいる。「組織の先細りはやむを得ないとしても、私たちは伝統に恥じないたたかいを進めていく決意であり、今後も両議懇（衆参議員懇談会）をはじめ、統一交渉団、ハンセン病療養所の将来構想をすすめる会、ハンセン病市民学会の支援を得ながら、全療協神会長の遺言ともいえる『刀折れ矢尽きるまでたたかい抜く』ことを宣言する」⁴⁾。

菊池恵楓園（熊本）、多磨全生園（東京）には保育所があり、子どもと入所者、療養所と地域の交流が徐々に定着している。また、行政をまきこんで長島愛生園（岡山）を中心とする施設を世界遺産に登録する運動が始まっている。

Ⅲ. 結核政策と患者運動

1. 予防法の成立から第二次世界大戦まで

結核は、先史時代から人類を苦しめてきた感染症で、二十世紀半ばに抗結核剤が発見されるまでは死病として恐れられてきた。明治期の近代化の過程で、労働者や農民の過酷な生活と不衛生な住環境は感染から発病の流れを加速させ、感染は拡大し「国民病」となった。衛生学者石原修は1913（大正2）年、『衛生学上ヨリ見タル女工之現況』を著し、結核と当時日本の基幹産業であった繊維工業との関係を科学的に明示し、工場法の施行を促進した（新村編 2007; 261-263）。

国の動きとしては1904（明治37）年、内務省は肺結核予防令を公布した。1914（大正3）年に肺結核療養所設置及び国庫補助に関する法律を公布、翌年内務大臣は東京・大阪・神戸に私立肺結核療養所設置命令を出し、1917（大正6）年に大阪に最初の公立結核療養所が設立され、以後東京市など各地に設置された。それらに先がけ1916（大正5）年に救世軍結核療養所が開院している。1919（大正8）年、結核予防法が公布・施行された。

1937（大正12）年、国立結核療養所官制公布、茨城県の晴嵐荘が最初の国立結核療養所となった（新村 2007; 年表34-37）。

藤野は厚生省の新設の背景には青壮年層の結核死亡率の上昇があるとしている。1933（昭和8）年、それまで10万人当たり180人台まで下がっていた結核死亡率は再び上昇に転じ、1935（昭和10）年には190.8人に達した。死亡者数は13万2千人を数え、患者数は120万人に上ると見られた。特に15歳から30歳にかけての青壮年層の死亡率は平均値の4倍以上となった。こうした青壮年人口の減少と国民体力の低下は国家総力戦に備えファシズム体制の構築を目指す軍部にとって黙視することはできず、早急な対策を講じる必要があった（藤野 2001; 259-261）。

1939（昭和14）年5月に発刊された『戦争と国民保健』には①母性と乳幼児問題、②栄養の話、③結核の話、④性病と国民の純潔というテーマあげられた。結核の項目では、15万人の結核死亡者、150万人の結核患者があり、結核病の蔓延は保健の最大欠陥だと説き、諸外国に比べて日本は予防事業が不振で、予防施設も不備であることを認めている。同年3月時点での公立療養所の病床6457床、建設中の公立療養所5903床、民間の病床を合わせても3万の結核病床しかなかった。結核予防策の原則は、結核死亡者と同数の結核病床を必要としていたので、現状では5分の1程度の病床で著しく不足していた。

結核予防相談所⁵⁾は1932（昭和7）年以來、日本放送協会の納付金を財源として公立健康相談所が開設され、1937（昭和12）年以降は保健所法による公立保健所が逐次設置されていった。1939（昭和14）年には厚生省予防局に結核課が新設され、一段と結核予

防行政が強化された（川上 1990; 471）。同年、結核予防相談所は約200カ所となり、大都市には40カ所の「小児結核予防所」が開設し、少しずつ結核予防体制が整っていった（小松 2000; 304-305）。

1940（昭和15）年に制定された「国民体力法」では結核に重点がおかれ、ツ反応やX線検査（間接）を中心とした集団検診が大規模に行われた。1935（昭和10）年以降結核死亡者数は増加の一途をたどり、1939（昭和14）年には人口10万人に対し216人、1943（昭和18）年には225.9人と最多を記録した。徴兵検査時に実施したレントゲン間接撮影によると、1941（昭和16）年には検査人員に対して有所見者が前年比で22.5%も増加していた。しかし、当面の兵員不足を補うため弱体者も入隊させ、結核対策は戦時体制の強化によりなおざりになった（川上 1990; 470-473）。

1942（昭和17）年に国立結核療養所を傷痍軍人療養所とし、150施設のなかで傷痍軍人療養所は全国で33カ所となった。翌1943年、結核死亡率は最高となった。とはいえハンセン病、精神病、結核、急性伝染病などの療養所患者の摂取栄養量が1400～1500カロリーにまで低下していた時期に、傷痍軍人療養所は2500～3000カロリーを維持していた。ハンセン病患者と傷痍軍人では、医療・看護の基本となる食事、生命維持をめぐる環境が大きく異なっていた（新村編 2007; 278-282, 年表37）。

2. 特効薬の登場と治療法の確立

敗戦後、政府は経済復興を急ぎ、結核対策は放置された。1950年5月29日付『朝日新聞』の「天声人語」では、当時の状況を「広島死者は七万八千人余だった。結核死者は昨年（1949年）だけでも十三万八千数百人あった。A爆弾による死者の約二倍が年々歳々結核で死んでいるのだ。つまり毎年二発ずつの原爆が日本に投下されているのと同様である。現在百五十万人の結核患者がいる。五十人に一人、十世帯に一人である。しかも療養所に入っているのはわずか五パーセントである。あとの九十五%は自宅で何の保護もなく、病状は日々悪化し、周囲の健康者にも病菌をうつしつつある」と紹介された。1947（昭和22）年11月、衆議院厚生委員会に結核専門委員会が結成された。これが結核予防法改正の契機となった。日患同盟は結核ベッド九千床の増床とストレプトマイシン（ストマイ）をアメリカから輸入することを厚生省に要求し、1949（昭和24）年に輸入した。しかしアメリカ占領軍民生部はその用途を脳膜炎患者、血行性粟粒結核のみに制限したため、日患同盟は国会請願を続けた。また全医労と協議して国の責任の明確化について申し入れを行った結果、結核薬パスの使用を1951（昭和二十六）年4月1日から生活保護患者に認めさせた。これは前日の3月31日付で改正結核予防法が成立し、4月1日より実施されたことによる。1919年に制定された結核患者を刑事事件の被疑者扱いし、警察的性格をもった「結核予防法」から三十三年ぶりの全面改正であった（日本患者同盟四十年史編集委員会編 1991; 169-172）。

同法の内容は、①健康診断の対象者の範囲を拡大して、事業所、学校および施設において集団生活をしている者、および厚生大臣が指定する結核蔓延地区に居住する一般民とし、これらの者に毎年定期的に健康診断を行うこと。②従来予防接種法に規定されていたBCG接種を結核予防法に移し、満30歳以下の全国民に行うこと。③医師による結核患者の届け出に基づき保健所は登録票を作成し、これに基づき保健婦の家庭訪問等を行うこと。④化学療法、および手術等の新しい結核治療法を普及させるため、すべての結核患者の医療費の一部を公費負担とすること。⑤地方公共団体に結核療養所の設置、拡充を勧告し、また公立および非営利法人立療養所の設置、拡充、および運営に要する経費について国庫が補助をおこなうことにした、等である（小松 2000; 346-347）。

結核病院が700施設を超えたのは1949（昭和24）年の749施設、1956（昭和31）年の713施設の2年のみである。ストレプトマイシンの国内製造は1950（昭和25）年から許可された（新村編 2007; 274-275, 年表38）。

1951（昭和26）年に「脳血管疾患」が死亡原因の一位となるまで「全結核」は死因順位のトップであった。同年結核予防法が施行され、結核患者の医療費の一部が公費負担となり、結核死亡者数は戦前の三分の一となったが患者の実態は不明であった。そこで1953（昭和28）年結核実態調査が行われ、結核が日本中に広がっていること、市部が郡部よりツ反陽性率、全結核所見率、有病率ともに高いことが判明した。この調査により病人数とベット数の格差が認識され、徐々にベット数も充実していったが、社会病としての結核、結核患者の人権、その困窮の原因の追究はなかった（川上 2002; 63-64）。

結核蔓延のほぼピークであった1953（昭和28）年当時の病床数は21万床、死亡率は人口10万対62.4人であった。この頃、国庫補助による公立アフターケア施設が設置されたが、結核回復者に身体障害者福祉法が適応されるのは14年後のことである。1955（昭和30）年に長期化化学療法が事実上無制限となり、病床は増加、翌年の病床は25万床を超え、1958（昭和33）年には26万3000床と世界最大の数字となった。第2回の実態調査では死亡率は5年前の66.5から39.4に減少したのに比べ、患者数は304万人、全国民の3.3%でやや減ったが、まだ多い。そこで患者管理制度が強化され、翌年、全保健所に結核患者登録カードが装備された。1961（昭和36）年の結核予防法改正により、排菌あるいは有空洞患者の入院治療費の公費負担が大幅に改善された。健保・国保・生保に優先して、結核医療費は結核予防法から支出されることになり、公費負担による入院期間も「将来再発または悪化のおそれの少ない状態に達するまでの期間」と規定された。生保からの肩代わりでこの年、国庫支出の結核医療費は前年度の26億から161億余に増加した。

1958（昭和33）年から施行されていた国民健康保険が1962（昭和37）年になって全国化し、国民皆保険制が実現した。1963（昭和38）年の第3回実態調査では、患者数が100万人減って、203万人、人口対率も2.1%に低下し、病床数の減少が始まった。入院

減に対応して、一般病床や精神科病床への転換がなされ、1968（昭和43）年の第4回実態調査で、結核の斜陽化が確定的となった。患者数153万人、人口対率1.5%、死亡者数も年間2万人を割り、結核患者の約18%は結核以外の死因で死亡している（小松 2000; 349-351）。

3. 患者運動と朝日訴訟

旧軍隊の療養所の実態は、職員による患者の食料や医療品の横流しが横行し食料の確保は患者にとって生死にかかわる問題であった。自治会結成の動きは1945年の暮れから東京、京都、岡山、愛媛、等々各地で始まり、翌1946年になると東京で患者生活擁護同盟が組織されるなど質的な発展が見られた。1948年3月31日、日本患者同盟が結成された。結成以後、病院の民主化と結核対策に全力をあげて取り組んだ。この年の結核死亡者は厚生省の発表によると14万3090人であった（日本患者同盟四十年史編集委員会編 1991; 169-170）。

結核の患者運動は高度経済成長時代の公害、薬害などの社会病の患者運動に影響を与えた。1948（昭和23）年に日本患者同盟が創設後、10種類を超える結核の新薬を健康保険法あるいは生活保護法その他の医療保障に適用させた運動が先駆けとなった。1952（昭和27）年に国立病院60カ所の地方移譲問題や療養権の問題であるとともに療養所の所在地にとっては地域の再生にも関連した問題であった国立病院・療養所の統廃合反対運動、1954（昭和29）年の足りない結核病床に軽快した生保患者がいつまでも医療扶助をうけて占居すべきでないという発想に対して闘った入退所基準反対の闘い、1958（昭和33）年暮れ、結核患者の図書購入費や映画上映などの文化生活費に代金があてられた給食闘争、1966（昭和41）年、県費のなかで支出の多い結核対策費や福祉予算の削減に反対した高知県患者同盟への弾圧がきっかけとなった三柏園闘争、1968（昭和43）年、特別会計制に対して国の責任放棄と医療営利化の布石ととらえた日患同盟による反対運動、1986（昭和61）年の社会保障や福祉の将来に対する危惧のため連帯を目指したJPC「日本患者・家族団体協議会」の結成運動、1980年代後半から90年代なかばにかけての行革断行下の国立病院・療養所の統廃合、移譲計画に反対する運動ほか多くの患者運動が展開された（川上 2002; 65）。

なかでも「人間裁判」と呼ばれる朝日訴訟は、その後の公害・薬害・福祉年金訴訟をめぐる裁判に影響を与えた。1956（昭和31）年、福祉事務所は岡山療養所に医療保護で入院していた朝日茂に対して、実兄から1500円送金させるようにしたことを盾に、日用品費600円（当時）を引いた900円を医療扶助の一部負担として国に納めるよう指示した。朝日は日用品費600円で生きていくのは困難であるため県・厚生大臣に「指示取り消し」の申請をしたが却下され、訴訟となった。最大の争点は憲法二十五条に保障されている生存権が国民生活上ではどのように実現される必要があるか、という点にあった。

第一審では朝日は勝訴し、生活保護基準の引き上げにつながったが、1963年の高裁判決は「すこぶる低額ではあるが意見とはいえない」というもので第二審敗訴。朝日は上告後51歳で「こみあげる無念はいわず解放の道ひとすじを歩まんとぞ思う」という歌を残して亡くなった。その後養子夫婦が訴訟を継承したが、最高裁は保護を受ける権利は相続できないとして訴訟は終了となった。国の最高裁での答弁書では、日用品の基準引き上げが日雇い労働者の賃金・社会保障全般のレベルアップを引き起こす可能性に言及されており、この裁判結果による広汎な影響を恐れる国の姿が浮かび上がっている。朝日訴訟の十年の成果として、生活保護基準が大幅に引上げられ、関連して生活保護制度全般の手直しや最低賃金・失対賃金・公務員給与等の改善がはかられた。また広く国民に憲法二十五条の存在を改めて認識させ、権利意識も自覚させた（川上 2002; 66）。

患者運動は朝日訴訟から以下の三つの教訓を得た。第一に、病人といえども闘わぬ限り、人として生きる権利は得られない、という運動の原理を明らかにしたこと。第二に、要求に根ざした運動の展開、つまり闘いは常に科学的で妥当な要求にもとづかねばならない、という運動の基調を理論化したこと。第三には、法と制度を活用し、同時にその改善を追求していく、という連鎖的かつ現実的の道理ある運動を推進する為の理論水準の向上を示唆したこと、である（日本患者同盟四十年史編集委員会編 1991; 216-217）。

4. 「結核予防法」廃止

国民皆保険施行前後から医療供給の構造は大きく変化している。結核病床は1960（昭和35）年の25万床から1990年には4万床と激減する一方、一般病床は急増した（島崎 2012; 88）。

過去の病気になっていた結核は近年新たに高齢者の結核等が問題となった。1999年に厚生省（現厚生労働省）は新規患者の発生増加を懸念して「緊急事態宣言」を発令した。2007年には「結核予防法」が廃止され、「感染症法」（1999年成立）に統合し、現在に至っている。厚生労働省の結核登録者情報調査によると2013年の罹患率（10万人対の新登録結核患者数）16.1、20495人。米国3.1の5.2倍、ドイツ4.9の3.3倍、オーストラリア5.7の2.8倍で、日本は先進国のなかで罹患率が高い。新登録者を年代別でみると60歳以上が71.2%を占め、うち70歳以上57.4%、80歳代以上が36.1%となっている。

2013年度の結核による死亡数は2084人で死亡率1.7、死因順位は26位である。

IV. ハンセン病と結核の患者運動と政策の比較

1. 患者数の推移と政策

1900年の内務省による調査ではハンセン病患者は3万359人で、1907年に「癩予防ニ関スル件」制定後、1909年に開設された五療養所の総定員は1100人であった。全患者の

終生隔離収容を目的とした「癩予防法」が施行したのは1931年で、「無らい県運動」によって地域から締め出され、各療養所では定員超過の状況が続いた。内務省の治療費や食費の予算は定員分しかなく、患者の医療・生活条件は悪化した。加えて療養所の拡張のための土木、建築工事も「患者作業」で担わされたため、症状が悪化し、のちにハンセン病が全快しても重い身体障害を残すことになった。1949年以降、プロミンによる治療は本格化し、ハンセン病が完治した入所者が増えていった。しかし、国会でのハンセン病療養所3園長の発言等があり1953年に隔離を強化し退所規定のない「らい予防法」は制定された。人権意識の向上とプロミンにより、療養所関係者は患者が隔離に応じなくなったり入所者を都合よく統制できなくなることを恐れたことが背景にある。「らい予防法」の廃止は1996年で、当時は約5800人の入所者がいた。1998年に始まった国家賠償請求訴訟は2001年に国や国会議員の立法不作為の責任を認める判決を下した。2015年5月1日現在のハンセン病療養所入所者は1718人である。

結核は先史から死病として人類が苦しんできた感染症であるが、明治の急速な近代化の過程で感染が拡大し「国民病」となった。内務省は1904年に「肺結核予防令」、1914年に「肺結核療養所設置及び国庫補助に関する法律」を公布した。これにより大阪や東京、各地に結核療養所が設置された。1919年には結核患者を刑事事件の被疑者扱いし、警察的性格をもった「結核予防法」が公布・施行された。1935年、それまで10万人あたり180人台に下がっていた結核死亡率は再び上昇、190.8人に達し死亡者は13万2千人となった。1939年に約150万人の結核患者がいたが公立・民間あわせて3万の結核病床しかなかった。死亡率が最多となったのは1943年の10万人あたり225.9人である。1945年のハンセン病療養所16園の定員は9025人、入所者は9840人で、定員を超過していた。

1951年4月1日に施行した「改正結核予防法」は1919年法からの全面改正となった。

結核蔓延のピークの1953年当時の病床数は21万床、死亡率は10万対62.4人まで減った。同年の全国ハンセン病療養所の定員は12906人で入所者は11654人である。プロミンの効果もあり1952年以降入所者数は定員を下回り、その差は徐々に開いていった（全国ハンセン病患者協議会編 1977; 246）。

一方、結核は1968年には患者数153万人、死亡率は人口対比1.5%となり、結核患者の約18%は結核以外の死因で死亡している。1961年の結核予防法改正により結核医療費は結核予防法から支出されることになり、前年度の6倍強に増加した。

有病率と死亡率を並べると、ハンセン病の有病率が最も高かったのは1890年の6.7（対1万人）、結核の死亡率が最も高かったのは1943年の225.9（対10万人）である。

2. 治療薬の登場

ハンセン病の治療薬が日本で使用可能となったのは1947年で、画期的な効果が認められると患者自治会によってGHQ・大蔵省・経済安定対策本部・厚生省・国会議員らに

プロミン獲得の嘆願書が提出された。患者代表は大蔵大臣にも直接陳情し、プロミン治療費の予算が計上され、1949年には治療が本格化し「完治する病」となった。治療薬獲得闘争を経て治療方法の確立が患者運動の弾みになった。

史前より結核は死病と恐れられていたが、1949年よりストレプトマイシンのアメリカからの輸入が始まった。同薬の国内製造は1950年より許可され、翌1951年には「脳血管疾患」が「全結核」を抜いて死因のトップになった。

3. 患者運動の影響

国が強制隔離政策をすすめるなか、1925年、自衛組織として九州療養所に自治会が結成された。他の療養所でも頼りは患者自身の団結しかなく、結成が相次いだ。1936年国立の長島愛生園で定員超過への不満から患者作業のボイコットがあった。園当局は事態を鎮静化するため自治会を「自助会」として認めた。栗生楽泉園に「特別病室」が置かれていた1938年から1947年までは脅し効果と療養所は所外より一層生死が逼迫した状況で自治活動は下火となった。戦後、日本国憲法が制定され、治療薬プロミンの効果が明らかになると自治会が中心となってプロミン獲得闘争を展開した。選挙権を手にした入所者らの票を得るため参議院選の候補者が所内に入ったことで、職員の不正や「特別病室」の問題が表面化し、1947年に「特別病室」は廃止された。自治会の全国組織化は1951年で、以後予防法廃止に力を注いだ。

旧軍隊の結核療養所では不正が横行し、死活問題であるため1945年暮れから自治会結成の動きが各地で見られた。1948年に日本患者同盟が創設され、病院の民主化と結核の新薬を医療保障に適用する運動を牽引した。日患同盟は活動初期に結核ベット9千床の増床を要求しているが、ハンセン病の場合、増床は常に政策としてなされた。1956年に始まった朝日訴訟は国民の権利意識を目覚めさせ、生活保護制度の手直しや最低賃金・失対賃金・公務員給与等の改善がはかられた。

前・全療協会長の神は「3年先輩の日患同盟（現在は活動中止）に運動のやり方を教わった」と述べている。戦後に全国組織となったハンセン病療養所の自治会は1953年制定の「らい予防法」に反対するため役員以外の会員も国会への座り込みやハンストなどを行ったが、法の趣旨を変えることができなかった。朝日訴訟からは関わらない限り人として生きる権利は得られないことを自治会関係者らは学んだ。1996年と「らい予防法」廃止が遅れたのを神は「国民は（国の政策に）批判ではなく迎合してきた。法が続いてきたのは市民の無関心。全療協（の運動）は力が及ばなかった」。国家賠償請求訴訟開始の初期には全国のハンセン病療養所自治会の支部長のうち5人が反対で、全療協として足並みが揃うよう神は説得を続けた。2001年5月に「らい予防法」違憲判決が下され原告側が勝訴、国に控訴断念をさせるため首相官邸を取り巻いた人々の半分は市民だった。その後9カ月という短期間に93万人の署名を集めて国会を動かし2008年に「ハンセ

ン病問題基本法」が制定された。神は「運動の成功、不成功は市民の動向にかかっている」。「50年かけて学んできた」。市民とメディアが動かなければ問題の解決は難しい(川崎 2014: 49-51)。

4. 現在

ハンセン病療養所入所者の平均年齢は80歳半ばになりつつあり、入所者同士が家族の代理をする世話人制度の成立が困難になっている。今後、入所者の人権を守るしくみとして、自治会を補う人権擁護委員会、世話人制度を補う「エンド・オブ・ライフケアチーム」がより重要となり、複数の療養所で取り組みがなされている⁶⁾。

結核は毎年新患が2万人以上、2千人が命を落としており、特に高齢の患者の早期発見、治療が課題である。

V. おわりに

ハンセン病と結核の最大の違いは、患者数と死因になるかどうかである。

ハンセン病の有病率が最も高かったのは1890年の1万人対6.7、結核は1943年に死亡率が最高の10万人対225.9となった。結核の有病率を死亡率の10倍とすると結核はハンセン病の34倍の有病率である。有病率が最高値となる時期は53年ハンセン病が早い。政策によって療養所以外での治療が困難なハンセン病療養所の入所者数は1953年の1万2千人台のピーク時でさえ定員を下回っているが、結核は患者数に見合う病床が大幅に不足する状況が長く続いた。

ハンセン病は感染症であっても感染力は弱く、これまで医師・看護師・介護員などの職員に感染したことはなく、治療薬がなかった時期の障害、患者作業の後遺症はあるにせよ死因にはならない。一方、結核は治療薬が開発され、治療方法も確立しているにもかかわらず現在でも亡くなる方がいる。

戦前戦中のファシズム体制下、戦後の経済復興の時期に国は死因第一位の結核への対策は等閑だった。結核と比較して患者数が少なく全患者の「強制隔離」が可能であったハンセン病は国、都道府県、世論をあげて強制収容が遂行された。療養所とはいえ、所長が懲戒検束権を持ち医師・看護師は少なく、軽症者が重病者の世話をしているので国の財政的な負担は結核と比較すれば僅かであったであろう。定員増に対応するため患者作業は強化され、治療はほとんどなく入所者にとって療養所は隔離されての強制労働の場であった。

日患同盟や朝日訴訟に学んだハンセン病療養所入所者は、治療法が確立し完治しても実態と合わない法律に矛盾を感じ、個人や自治会活動等の組織で活動しながら、人生の大半を療養所で過ごすことになった。半世紀を超える全療協の運動は「わずか2000人の

組織に国会議員が何人も集まる」(川崎 2015; 53) 他に類を見ない影響力を持つ組織に成長を遂げた。長く当事者運動に懸けてきた先人たちの思いや成果が、当事者なきあとのように引き継がれていくか注視が必要である。

ハンセン病療養所と結核療養所入所者 1 人当たりの予算、戦時中の死亡率、死亡理由の比較は今後の課題としたい。

注

- 1) 保健衛生調査会とは、第一次世界大戦下、将来の総力戦体制を想定してそれまでの急性感染症対策に迫られていた衛生行政を、国民の健康と衛生状態の改善を目的としたそれに転換させることを目的に設けられた。第一部は乳幼児・学童・青年の保健・衛生、第二部で結核、第三部で花柳病(性病)、第四部でハンセン病、第五部で精神病を対象としていた(藤野 2001; 74)。
- 2) 「らい予防法」が改悪された際に、患者家族の生活援護や入所患者の自由権の保護、強制診断、強制入所の措置について人権尊重をすることなど10項目からなる参議院の付帯決議がなされた。患者運動の結果、厚生省も患者の要求に耳を傾けることを約束したので、近々に患者の求める方向での法改正が期待された。しかし、1996(平成8)年に方が廃止されるまでの43年間、厚生省は参議院の決議も無視し、全患協との約束も反古にし続けた(藤野 2001; 512-519)。
- 3) 森川はハンセン病市民学会の意義を、ハンセン病差別は被差別の直接的な当事者性の継承がなく、当事者とその家族とのつながりも弱いという固有の状況があると指摘した上で、市民学会は全療協の当事者運動のバトンを託されていると述べている(森川 2012; 23)。
- 4) 全国ハンセン病療養所入所者協議会(2015)『全療協ニュース縮刷版第901号～1000号』大竹章による「あとがき」より
- 5) 結核患者を早期診断し、患者および家族に対して、療養並びに同居者への伝染予防に関する指導を与える相談所(小松 2000; 306)。
- 6) 楓編集委員会『楓』2015年5・6月号青木美憲新園長による就任挨拶より。なお、邑久光明園の人権擁護委員会の構成は療養所の医療職、看護職、介護職、福祉職から各1名、自治会から1名、その他ハンセン病問題に理解があり人権意識に秀でた外部の有識者、法律家、医療、宗教関係者など4名程度としている。

文献

- 藤野豊(2001)『「いのち」の近代史「民族浄化」の名のもとに迫害されたハンセン病患者』かもがわ出版
- 川上武(1990)『現代日本医療史』勁草書房
- 川上武編(2002)『戦後日本病人史』農文協
- 川崎愛(2000)「第二次世界大戦下のハンセン病療養所における患者作業と団体活動」『社会福祉』第40号
- 川崎愛(2014)「全療協会長の『刀折れ矢尽きるまで』の闘い」社会学部論叢第25巻第1号
- 小松良夫(2000)『結核 日本近代史の裏側』清風堂書店

- 森川恭剛（2012）『ハンセン病と平等の法論』法律文化社
- 日本患者同盟四十年史編集委員会編（1991）『日本患者同盟四〇年の軌跡』法律文化社
- 新村拓編（2007）『日本医療史』吉川弘文館
- 島崎謙治（2012）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
- 全国ハンセン病療養所入所者協議会編（2001）『復権への日月』光陽出版社
- 全国ハンセン氏病患者協議会（1977）『全患協運動史』一光社